

Peggy Watson

**TRANSFORMACJA ŁADU SPOŁECZNEGO
W POLSCE A PROBLEM ZDROWOTNOŚCI
(NA PRZYKŁADZIE NOWEJ HUTY)***

Wstęp

Do 1992 roku Polskę, podobnie jak i pozostałe kraje byłej strefy sowieckiej, charakteryzowała rosnąca umieralność osób dorosłych, a śmiertelność mężczyzn w Polsce była wyższa niż w którymkolwiek zachodnim kraju europejskim. Mimo że w latach 90. umieralność osób dorosłych w Polsce się obniżyła, jednak spadek ten tylko nieznacznie wpłynął na nadal utrzymującą się różnicę względem krajów EU. Ta różnica dla mężczyzn w wieku produkcyjnym wykazywała nawet tendencję zwyżkową. W r. 1980 umieralność mężczyzn w Polsce w wieku 25-64 lat była o 49,4% wyższa niż w krajach EU, w r. 1990 o 90,6%, i o 91,1% wyższa niż w EU w r. 2000 (obliczenia na podstawie danych WHO HFA DB). W tych latach umieralność kobiet w wieku produkcyjnym w Polsce przewyższała tę w EU, odpowiednio o 27%, 50,5% i 46,8%. Jednocześnie, w przeciwieństwie do malejących trendów w krajach Unii, liczba zgonów z powodu chorób naczyń krwionośnych (*cerebrovascular disease*) niezmiennie rosła dla obu płci i w każdym przedziale wieku, natomiast zgony z powodu choroby niedokrwiennej serca (*ischaemic heart disease*) wzrosły raptownie pod koniec lat 90. w grupie osób powyżej 65. roku życia. W latach 90. obserwuje się również w Polsce wzrost problemów psychicznych. Samobójstwa i zgony związane z chorobą alkoholową wzrosły wśród mężczyzn od 1990 roku – znowu w przeciwieństwie do spadkowych trendów obserwowanych w krajach EU. Ponadto, liczba osób leczonych na psychozy w lecznictwie otwartym w Polsce wzrosła w latach 90. z 434 do 466 na 100,000 mieszkańców w latach

* W niniejszym artykule korzystałam z badań finansowanych przez brytyjski Economic and Social Research Council (grant R000222627), Isaac Newton Trust, British Academy i Wellcome Trust. Bardzo serdecznie dziękuję osobom, które udzieliły mi wywiadów w trakcie tych badań.

1980-1990, natomiast w r. 1995 wzrosła aż do 566 (Instytut Psychiatrii i Neurologii 1980-1998). Ten podział – a raczej tak duża różnica stanu zdrowia obywateli – pomiędzy Polską i zachodnimi krajami EU stanowi problem do rozwiązania w ramach polityki zdrowia publicznego.

Nie sposób wyjaśnić zmian zdrowotnych, jakie zaszły w Polsce w latach 90. w kategoriach relacji, które były dotychczas przyjęte w analizach krajów zachodnich. Na przykład, zawodzi wy tłumaczenie odwołujące się do zmian poziomu zamożności *per se*. W latach 90. średnie realne płace w Polsce stanowiły tylko 70-75% poziomu płac zanotowanych w roku 1989 a znaczące uprawnienia socjalne zostały obcięte (Unicef 2003) – niemniej umieralność osób dorosłych uległa w tym czasie spadkowi. Dalej, relacja stwierdzona w krajach zachodnich, według której, im niższe dysproporcje płacowe w danym kraju, tym niższy wskaźnik umieralności (Wilkinson 1996), nie znalazła potwierdzenia w Polsce w latach 1992-1997, kiedy dysproporcje gwałtownie wzrosły, przy jednoczesnym spadku umieralności. Wyjaśnień takich transformacji zdrowotnych należy szukać we wpływach psychospołecznych. Ustalenie relacji pomiędzy wpływami psychospołecznymi i zdrowiem skupia w ostatnich latach coraz większą uwagę (Wilkinson 1996; Seigrist and Marmot 2004; Baum, Garofalo and Yali 1999). Następuje to wraz z akumulującym się materiałem dowodowym wykazującym zależność pomiędzy stresem a zdrowiem (McEwen 1998; Brunner and Marmot 1999; Dohrenwend 2000). Złożony obraz transformacji i jej wpływ na zdrowie mieszkańców Polski, w połączeniu z zauważalnym wzrostem napięć psychicznych, sugeruje potrzebę lepszego zrozumienia psychospołecznych oddziaływań kształtujących doświadczenie zmian. Chociaż jako czynnik wyjaśniający trendy umieralności w okresie komunistycznym i postkomunistycznym wskazywano na stres (Shapiro 1995; Leon and Shkolnikov 1998; Cockersham 1999; Kopp, Skrabski and Szedmak 2000; Watson 1995), niewiele jest badań dotyczących źródeł stresu w konkretnym kontekście społecznym.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie danych na temat rangi przypisywanej stresowi jako zagrożeniu dla zdrowia w Polsce, przez analizę wypowiedzi w grupach fokusowych i wywiadach indywidualnych, oraz interpretacja znaczeń społecznych wydarzeń transformacji, widzianych jako źródło stresu.

Określenie psychospołecznych oddziaływań w okresie transformacji

O ile pojęcie stresu przynosi koncepcyjne i fizjologiczne powiązanie pomiędzy jednostką a kontekstem społecznym (McEwen 1998), o tyle tym samym pociąga ze sobą pewne założenia dotyczące relacji pomiędzy społeczeństwem a daną osobą. W praktyce, doświadczanie jest zawsze procesem psychospołecznym. Ponieważ zjawiska materialne mogą być doznane tylko przez struktury społecznie wytwarzanych znaczeń, na podstawie których następuje interpretacja i ocena świata (Berger and Luckmann 1984; Wittgenstein 1953; por. także Kawachi, Subramanian and Almeida-Filho 2002; Lupton 2000), sugeruje się, że stres wzbudzony wpływami

psychospołecznymi nie jest rezultatem wyłącznie brakującego zewnętrznego środowiska społecznego *vis à vis* uniwersalnych potrzeb psychiki ludzkiej. Raczej wskazuje to, że psychospołeczne przeżycia pojedynczej osoby zależą od jej oszacowań zjawisk według wartości, kategorii i relacji społecznych, które są specyficzne dla miejsca i czasu. Takie spojrzenie jest podstawą nieetnocentrycznego podejścia w badaniach wpływów psychospołecznych na zdrowie, w których odległe od siebie aspekty zmian w kontekście społecznym mogą być uwzględnione. W tej chwili badania stresu przeważnie opierają się na modelach *quasi*-eksperymentalnych, które zakładają, że można wykluczyć z rozważań wszystko poza ściśle ograniczoną dziedziną życia, np. tą związaną z miejscem pracy lub domem. Takie założenia stają się nieodpowiednie w sytuacji, gdy przedmiotem zainteresowania jest relacja pomiędzy radykalną i całościową transformacją społeczną a zmianami zdrowotnymi (por. Scott 2004).

Organizacja badania

Badania przeprowadzono w Nowej Hucie w ramach długofalowego programu badań socjologicznych prowadzonych na terenie dzielnicy. Według danych spisu ludności z 2002 r., licząca około 216 000 mieszkańców Nowa Huta jako jedna z największych dzielnic Krakowa stanowi około 28% populacji całego miasta (Urząd Statystyczny, Kraków 2003). Badanie empiryczne, na którym opiera się niniejszy artykuł, polegało na przeprowadzeniu grupowych wywiadów zogniskowanych (fokusowych) z dawnymi i obecnymi pracownikami Huty Sendzimira, wywiadów indywidualnych oraz na zapoznaniu się z danymi miejscowych archiwów i bibliotek. Uczestnicy grup fokusowych rekrutowali się spośród obecnej załogi huty, członków hutniczego oddziału Polskiego Czerwonego Krzyża oraz podopiecznych Ośrodka Opieki nad Emerytami i Rencistami Huty Sendzimira. W sumie, w latach 1998-2000 przeprowadzono wywiady z 92 osobami w piętnastu grupach zogniskowanych o składzie od dwóch do dziesięciu osób. Najmłodsi uczestnicy zbliżali się do pięćdziesiątego roku życia, a najstarszy miał osiemdziesiąt lat (b. pracownik fizyczny HTS). Z wyjątkiem czterech, wszyscy uczestnicy podjęli pracę w hucie przed rokiem 1973. W badaniu usiłowano zapewnić w grupach fokusowych adekwatną reprezentację wszystkich głównych kategorii pracowników, jednak kobiety stanowiły około połowy uczestników, co stanowiło nadreprezentację w stosunku do rzeczywistej liczby kobiet zatrudnionych w zakładzie. Sześć z grup fokusowych składało się z ludzi nadal pracujących w hucie. Cztery spośród tych grup obejmowały pracowników umysłowych, zaś dwie miały w swym składzie pracowników fizycznych z konwertorowni i walcowni blach. W dziewięciu grupach znajdowali się byli pracownicy umysłowi i fizyczni huty. Wywiady zorganizowano elastycznie, tak, aby dać uczestnikom możliwość swobodnej wypowiedzi na tematy najważniejsze dla nich, a jednocześnie pokrywające się z zakresem badań. Na początku spotkania pytano uczestników o to, co, ich zdaniem, stanowiło istotne zagrożenie

zdrowia w ciągu ostatnich dziesięciu lat oraz czy zagrożenie zdrowia w ciągu tego czasu wzrastało, czy malało. Odpowiedzi były bezpośrednie i jednoznaczne, wskazywały na stres jako na główne, coraz silniej odczuwalne, zagrożenie zdrowotne w trakcie przemiany ładu społecznego. Następnie uczestnicy byli proszeni o przedyskutowanie tego, co według nich leży u podstaw zidentyfikowanego przez nich stresu. Poza wywiadami grupowymi, obecna analiza opiera się na wywiadach indywidualnych, których do września 2003 r. zostało w sumie przeprowadzonych ponad 60. Biorące w nich udział osoby rekrutowały się spośród: władz lokalnych, wolontariatu, ośrodka rozwoju lokalnego, służby zdrowia, kierownictwa huty, związków zawodowych, w tym dwóch społecznych inspektorów pracy, oraz z osób posiadających dużą wiedzę na temat historii dzielnicy Nowa Huta i samej huty. Większość indywidualnych wywiadów i wszystkie przeprowadzone w grupach zogniskowanych, zostały nagrane na taśmę i w całości spisane. Badania historyczne prowadzono na podstawie archiwalnych gazet, zbiorów dokumentów w miejscowym oddziale archiwów państwowych, archiwum huty oraz publikacji naukowych dotyczących dzielnicy i huty. W niniejszym artykule została wykorzystana jedynie stosunkowo niewielka część wywiadów indywidualnych oraz materiałów zgromadzonych w archiwach i bibliotekach. Tutaj uwaga będzie skupiona na analizie jednego wątku wyłaniającego się z wywiadów fokusowych.

Nowa Huta: transformacja zagrożenia zdrowotnego na przestrzeni czasu

Kiedy po II wojnie światowej budowano Nową Hutę, zaplanowano ją jako samodzielną jednostkę urbanistyczną – pierwsze „socjalistyczne miasto” w kraju. Jeśli funkcjonowanie społeczeństwa komunistycznego jako całości miało stanowić praktyczny przykład realizowania medycyny społecznej (Brockington, cyt. w: Field 1967: 47), to określenie takie dotyczyło Nowej Huty *par excellance*. Powstałe po wojnie nowe, socjalistyczne miasta wschodniej Europy opierały się na sowieckim modelu rozpoczętym budową Magnitogorska w 1930 r. (Lorek 1992: 394; także Kotkin 1995). Budowa nowych miast miała być jednym ze sposobów realizacji społecznego ideału socjalizmu: równości społecznej, gdzie przez konkretne działanie polityczne, różnice klasowe i różnice między miastem a wsią zostają zlikwidowane (Nieroda 1952). Miała ulec poprawie pozycja społeczna dwóch grup – klasy robotniczej i ludności wiejskiej – upośledzonych w ustroju przedwojennym. Centralnym elementem nowego porządku była praca. W Nowej Hucie życie miało się toczyć wokół kombinatu. Zakładano, że miasto budowane na fali społecznego zrywu odbudowy kraju po wojnie przez ludzi, którzy mieli w nim zamieszkać i pracować, będzie najlepszym miejscem do życia dla hutników i zapewni im pełen wachlarz potrzebnych usług: od ośrodków opieki zdrowotnej, szkół, przedszkoli, stołówek, po biblioteki, kina, teatry i sklepy.

W projekcie socjalistycznym zdrowie i sprawy socjalne postrzegane były jako integralnie związane z pracą, nie zaś jej przeciwstawne. Jednocześnie produk-

cja stali niosła uznawane zagrożenia zdrowotne: wysokie temperatury w pobliżu pieców, narażenie na zimno i przeciągi powodowane chłodnym powietrzem wykorzystywanym do ochładzania hal, pył, trujące spaliny, natężenie hałasu, jak również ryzyko wypadków (Mazanek 1954; Tarach 1956; Żółkowski 1960). Pomiędzy 1952 a 2002 r. w hucie doszło do 202 śmiertelnych wypadków (wyliczenie oparte na danych huty). Według obowiązującego prawa, odpowiedzialność za zdrowie i bezpieczeństwo pracowników spoczywało na przedsiębiorstwie (Krasucki 1974). Równocześnie ustalono zakres odpowiedzialności przypisanej każdemu stanowisku pracy w procesie produkcyjnym.

Poza podstawową umową pomiędzy pracownikiem a przedsiębiorstwem, związek między wydajnością pracy oraz warunkami socjalnymi był określany w ramach zbiorowego układu pracy. Działalność huty rozciągała się na organizowanie i zapewnianie szerokiego wachlarza dóbr i usług, obejmującego między innymi: działalność sportową i wypoczynek oraz infrastrukturę, opiekę zdrowotną, działalność kulturalno-oświatową, prowadzenie sklepów i gastronomii, zakwaterowanie, wczasy, przydział towarów deficytowych dla obecnych i byłych pracowników oraz ich rodzin. Stosunkowo niski poziom płac wkomponowany był w system zapewniający takie świadczenia (Hrynkiewicz 2003), przy równoczesnym kontrolowaniu cen towarów w sklepach.

Istotny element świadczeń socjalnych gwarantowanych przez hutę stanowiła opieka zdrowotna, formalnie wyodrębniona w 1953 r. Dziewięć lat później, w 1962 r., z inicjatywy związków zawodowych rozpoczęła się współpraca między krakowską Akademią Medyczną a przemysłowym ośrodkiem zdrowia, która doprowadziła do powstania jedynej w Polsce Katedry Medycyny Pracy i Chorób Zawodowych zlokalizowanej przy zakładzie pracy. W 1988 r. ośrodek zdrowia zatrudniał 821 pracowników, w tym 154 lekarzy, 40 dentystów oraz 181 pielęgniarek i położnych (Żabicki 1988). Miał on własne pogotowie ratunkowe z siedmioma karetkami, a na jego terenie znajdowały się między innymi: laboratoria, dwa oddziały chirurgiczne po 45 łóżek, pracownia protetyki dentystycznej, sale rehabilitacyjne i przychodnie specjalistyczne. Sanatoryjna terapia balneologiczna była składnikiem opieki prewencyjnej i rehabilitacyjnej (Krasucki 1974). Rejonizacja opieki zdrowotnej w hucie oznaczała, że w 1988 r. jedenaście przychodni znajdowało się przy poszczególnych wydziałach produkcji. Udzielały one pierwszej pomocy, prowadziły konsultacje, a także przeprowadzały badania okresowe (Żabicki 1988).

Do podstawowych świadczeń socjalnych należała gastronomia. Żywnienie zbiorowe, zorganizowane przez zakład pracy postrzegano jako sposób sterowania konsumpcją i warunkami życia ludności. Uważano, że strukturą spożycia można sterować zarówno przez politykę cenową, jak i propagandę (por. Bitter 1967: 28). W czasach swej świetności, kombinat w Nowej Hucie był jednym z największych przedsiębiorstw gastronomicznych w Polsce. W 1970 r. huta wydawała przeciętnie 12 425 posiłków dziennie, w 1980 r. liczba ta wzrosła do 22 320, aby w rekordowym roku 1988, przekroczyć 28 500 codziennie przygotowywanych i wydawanych posiłków. Cena posiłku była niska, a skład posiłków i napojów wydawanych na poszczególnych wydziałach miał być ustalony m.in. na podstawie badań prowa-

dzonych przez Instytut Medycyny Pracy w Przemśle Górniczym i Hutniczym (zob. np. Styś i Boroń 1967). Pracownikom wydawano dzienną porcję mleka, mającą zneutralizować oddziaływanie potencjalnie toksycznych procesów produkcyjnych. Pracownicy fizyczni zatrudnieni na stanowiskach produkcyjnych zakwalifikowanych jako szkodliwe, mieli prawo do wyższych zarobków, bezpłatnych posiłków regeneracyjnych, regularnych pobytów w sanatoriach poza przysługującym urlopem wypoczynkowym, oraz do wcześniejszej emerytury.

Wraz z „wyścigiem o metal” (W. Gomułka w: *Huta im. Lenina*, 1970), który stał się wyznacznikiem zimnej wojny, dzielnica Nowa Huta i kombinat rozrosły się ponad przyjęte założenia. Produkcja planowana na 1,5 miliona ton stali rocznie wzrosła do prawie 7 milionów ton w roku 1979. W 1954 r., pierwszym roku produkcji surówki, liczba pracowników wynosiła 12 025 (w tym 2 227 kobiet), a w 1979 r. wzrosła do 38 674 (w tym 7 138 kobiet; dane huty). Zagrożenia zdrowotne zmieniały się w miarę upływu czasu – nacisk na zwiększenie produkcji w połączeniu z ograniczonymi funduszami na inwestowanie w nowe technologie, kłócił się z potrzebą zachowania bezpieczeństwa i higieny pracy. Poziom zanieczyszczenia środowiska znacznie wzrósł. W ciągu roku 1979 huta wyemitowała 60 ton dwutlenku siarki i 625 ton dwutlenku węgla.

W latach 1980-1981, wraz z powstaniem „Solidarności”, zmienił się krajobraz polityczny, strajki w hucie w 1988 r. – były jednym z czynników, które przyczyniły się do zakończenia rządów komunistycznych (Smoleński 1988). W latach 80. zagrożenie zdrowotne związane z zanieczyszczeniem przemysłowym stało się argumentem krakowskich ekologów, głoszących za zamknięciem kombinatu (np. Gumińska i Delorme 1990). Jeden z ekologów, z którym przeprowadzono wywiad w ramach niniejszego badania, opowiadał, że w latach 80. towarzyszył amerykańskiej ekipie filmowej, która udała się na nowohucki cmentarz, by sfilmować daty śmierci na grobach jako dowód katastrofalnego zagrożenia zdrowia przez hutę¹. Choć od lat 80. produkcja spadała i stopień zanieczyszczenia zasadniczo się obniżył, problem szkodliwego oddziaływania huty pozostawał motywem przewodnim prowadzonych w Krakowie dyskusji o zagrożeniach dla zdrowia.

Zmiany w stanie zdrowotności mieszkańców Nowej Huty

Wbrew założeniom niektórych ekologów, porównawcze dane o śmiertelności za lata 1987-1995 dowodzą, że chociaż Nowa Huta należy do obszarów robotniczo-przemysłowych (które na Zachodzie zwykle wykazują zwiększoną umieralność w porównaniu z innymi terenami) i choć warunki pracy w hucie niejednokrotnie miały negatywny wpływ na zdrowie pracowników, śmiertelność w Nowej Hucie konsekwentnie kształtowała się na poziomie niższym niż w pozostałych dzielnicach Krakowa, łącznie z częścią miasta zamieszkałą przez elitę akademicką i ko-

¹ Rozmowa z S.J., Kraków, 10 grudnia 1998.

ścielną. Na przykład w 1995 r., ostatnim roku uwzględnionym w dostępnych danych, standaryzowany wiekowo wskaźnik umieralności mężczyzn zamieszkających w Nowej Hucie wyniósł 111,84 os. na 10 000 mieszkańców w porównaniu z 120,69 os. dla ludności całego Krakowa. Dane dla kobiet wynoszą odpowiednio 68,13 os. i 81,23 os. (Urząd Miasta Krakowa 1998; por. też Watson 1998).

Od połowy lat 90. Nowa Huta uległa szybkiej przemianie. Kombinat zrestrukturyzowano. Zlikwidowano świadczenia socjalne, pozostawiając płace i emerytury na poziomie takim, jakby nadal te świadczenia obowiązywały (por. Hryniewicz 2003). W rezultacie, chociaż większość cen w Polsce kształtuje się tak, jak na Zachodzie, przeciętna miesięczna płaca została na bardzo niskim poziomie (około 500 euro). Placówka służby zdrowia przy hucie została zlikwidowana przez władze lokalne pod koniec 1995 r. i ponownie otwarta – ale już jako prywatna – w styczniu 1996 r., co znacznie ograniczyło jej dostępność. Od 1997 r. postępowała szybka redukcja zatrudnienia, z 17 272 do 9635 pracowników w 2001 r., zgodnie z przedakcesyjnymi warunkami zmniejszenia produkcji, stawianymi przez Unię Europejską w celu m.in. ochrony zachodnioeuropejskich producentów przed konkurencją polskiej stali (Keat 2000). Umowa sprzedaży huty LNM Steel została podpisana w październiku 2003 r.

Jaki wpływ mogą mieć powyższe przemiany na zagrożenie zdrowotne mieszkańców dzielnicy? Z Nowej Huty, miejsca niegdyś największego pracodawcy w mieście, w 2002 r. przyszło do Krakowskiego Urzędu Pracy jedynie 1 007 ofert pracy (15,7%) na ogólną liczbę 6 395 (Gargas 2003). W 2002 r. poziom bezrobocia w Nowej Hucie wynosił 18,1%, nieco więcej niż gdzie indziej w Krakowie (dane ze spisu ludności). Z ogólnej liczby 30 132 osób zarejestrowanych jako bezrobotne w Krakowskim Urzędzie Pracy na dzień 31 grudnia 2002 r., 10 414, czyli około 34%, pochodziło z Nowej Huty (Gargas 2003). Liczba ta nie obejmuje 11 815 osób (w tym 4 099 mieszkańców Nowej Huty), którzy zostali w ciągu roku skreśleni z list z powodu „odmowy podjęcia pracy”, ani 6 380 osób bez pracy, otrzymujących zasiłek przedemerytalny – przy czym około 45% (2 894) z otrzymujących takie świadczenia pochodziło z Nowej Huty. Zwraca uwagę fakt, że jedynie 10% zarejestrowanych jako bezrobotni w Krakowie w 2002 r., otrzymało jakkolwiek zasiłek dla bezrobotnych (wyliczenie według danych ze spisu ludności), podczas gdy z klientów krakowskiej Izby Wyrzeźwien w 2003, wśród których mieszkańcy Nowej Huty posiadają nadreprezentację, jedynie 10,5% miało stałe zatrudnienie (dane Izby Wyrzeźwien). Wpływ takich zmian na współczynnik śmiertelności na terenie Nowej Huty stanowi temat prowadzonych obecnie badań. Poniżej zajmę się następującym problemem: jak, przy takim przebiegu przemian społecznych, sami mieszkańcy Nowej Huty postrzegają i przeżywają zagrożenie zdrowotne?

Postrzeganie wzrostu zagrożenia dla zdrowia w procesie przemian

Nowohuccy respondenci za największe i przybierające na sile niebezpieczeństwo zdrowotne w trakcie przemian zgodnie uznają stres. To psychospołeczne zagrożenie zdrowia zostało bezpośrednio powiązane z materialnymi i społecznymi aspektami przemian, a w szczególności z brakiem pewności zatrudnienia, z niskimi dochodami, z utratą świadczeń i zajęć organizowanych przez zakład pracy. Poniżej znajdują się przykłady postrzeganego związku pomiędzy bezrobociem a stresem, przedstawione kolejno przez pracownicę administracyjną, emerytowanego pracownika fizycznego i pracownicę umysłową (zachowano oryginalną stylistykę wypowiedzi – przyp. red.):

No, może zacznę od według mnie najważniejszego ryzyka. Najważniejsze ryzyko według mnie, [...] chyba dla zdrowia, jest stres. Stres związany w tej chwili – zacznę może od [...] obecnej mojej pracy – stres związany z zatrudnieniem. No, boimy się o miejsca pracy. Równocześnie jest to, wiadomo, związane z pogorszeniem, w przypadku zwolnienia, z pogorszeniem się warunków materialnych. [...] Gradację taką bym ustawiła, prawda, że najpierw stres. No, ten stres był na pewno mniejszy – na przestrzeni lat [...] narastał. Pracuję od 70. roku. Stres przedtem był mniejszy. Mieliśmy zagwarantowaną tą pracę. Nie było takiej fluktuacji, nie było takich napięć wśród nas, no nie było zwolnień przede wszystkim. Warunki materialne, no były takie a nie inne, na tym etapie, w latach 70., według nas były dobre. Dzisiaj by nie było żadnego porównania. W tej chwili posuwając się w kierunku 2000. roku, no wiemy, że właściwie to nic nie mieliśmy. Ale pewne sprawy socjalne były zagwarantowane. Dostawialiśmy mieszkania, wyjeżdżaliśmy na wczasy prawie za darmo, dzieci miały bardzo duże dofinansowanie do kolonii, zresztą do wczasów też. [...] No i tak postępowało, postępowało, jeżeli chodzi o hutę, a teraz jest już tragicznie.

Kiedy się pracowało, to był człowiek tak spokojny, mimo tego, że były niskie zarobki, ale człowiek tak spokojnie pracował, nigdy się nie bał, że, o, że mnie zwolnią tam za ileś. Nawet były takie różne wykroczenia pod względem dyscypliny pracy, no to najwyżej mógł być ukarany, najprędzej potrąceniem jakiejś tam premii. Ale także było to osłonięcie. Ale takich rzeczy nie było, żeby człowieka zwolnili z pracy. Nigdy nie bał [się], że zostanie zwolniony jak obecnie. Dzisiaj to jest po prostu, no psychoza, no.

[Jakie stresy?] Takie stresy, że codziennie im mówią, że jutro go zwolnią, pojutrze go zwolnią. A jak nie, to pracują ludzie bez podwyżek już przez parę lat. Niech sobie dyrektor huty zobaczy, ile podwyżek dał ludziom w ostatnim momencie, w ostatnich latach. I ci ludzie pracują, ... i się modlą, żeby jutro jeszcze iść do pracy. To są ludzkie warunki? To są warunki nie dla ludzi.

W grupach fokusowych dyskusje na temat bezrobocia często zmierzały do kwestii związanych z budżetem domowym. Uczestnicy podawali informacje o swoich dochodach, o rosnących wydatkach i mówili, jak trudno związać koniec z końcem. Przemiany przyniosły między innymi znacznie wyższe opłaty za mieszkanie, które ludzie otrzymali od huty. Ponadto reforma służby zdrowia zwiększyła obciążenia finansowe. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy są wysokie ceny leków. Na przykład jedna z kobiet, która przeszła na emeryturę po przepracowaniu całego życia, wyznała, że całą miesięczną emeryturę, wynoszącą nieco powyżej 400 złotych, przeznacza na zakup lekarstw dla siebie i męża. Wśród emerytów, którzy wzięli udział w badaniu, wydatki na leki na tym poziomie (200 złotych na osobę mie-

sięcznie) nie należą do rzadkości i pochwalamy istotną część miesięcznego dochodu. Reforma zdrowia ze stycznia 1999 r. spowodowała w oczach respondentów wyraźne ograniczenie dostępności opieki zdrowotnej. Nowy sposób finansowania ustalił ścisłą granicę, poza którą usługi medyczne stają się pełnopłatne. Jeden z respondentów, człowiek wyraźnie słabego zdrowia, opowiedział o walce, którą stoczył z lekarzem dwa tygodnie wcześniej, odmawiając zapłacenia 100 złotych, których ten od niego zażądał. Inny emerytowany pracownik fizyczny przedstawił swoją sytuację rodzinną:

Obrabiałem metale szlachetne, gdzie to wszystko szkodzi, no i jeszcze nam szkodliwe (dodatek do emerytury za pracę szkodliwą dla zdrowia) zabrali. Dawniej miałem lekarstwa za darmo, proszę Pani, a dzisiaj mi nie stać kupić. Moja córka pracowała na laboratorium. Do pierwszego jest zwolniona. Mój zięć pracował w KPR-ze – już miesiąc nie pracuje, zwolniony. To ja mam tą lekką emeryturę i jeszcze ja im muszę... z czego ja im pomogę? (załamuje się) A to przyjdzie.

a) Wzmoczenie nierówności społecznych a stres

Omawianie materialnych trudności często bezpośrednio prowadziło do porównań wzrastającej nierówności społecznej, kontrastu między własnymi, obecnymi trudnościami finansowymi a sytuacją ludzi, którzy wyraźnie wzbogacili się i mają władzę. Rozmówcy mówili o zwiększających się dysproporcjach dochodów, wskazując rażąco wysokie zarobki, na przykład polityków. Najstarszy z uczestników grupy, osiemdziesięcioletni emerytowany pracownik fizyczny wiejskiego pochodzenia, który pracował w hucie od początku, oświadczył:

Naród czuje się chory. Nerwy, nerwy to jest gorsze jak praca. Nerwy są gorsze jak praca... na nerwy to się wykończy człowiek na amen. Nerwowo każdy żyje, sucho. W telewizorze sucho... a co się robi z tego wszystkiego? To jest wszystko piasek. Ja tą gazetę czytałem, ile biorą ministrowie pieniędzy..., ile biorą wiceministrowie pieniędzy. Całą Polskę pieniądze zabiorą. Skąd oni mogą mieć lekarze, nauczyciele, jak biorą kwoty takie straszne?

Emerytowany pracownik umysłowy, uczestniczący w wywiadzie indywidualnym w 1999 r., również podkreślił znaczenie porównań opisując, jak reagują, gdy ludzie, którym kazano płacić za świadczenia zdrowotne:

Klną. Klną w sposób straszny... I porównują, o... jak to tutaj jest napisane, proszę Panią. (otwiera gazetę i wskazuje na pensję polityka) Chodzą prywatnie. [...] Czekają, aż im samo przejdzie, a jak nie przejdzie, no to – no to wie Pani na co czekają. [...] No, ale mamy demokrację, no. Demokracja na tym polega, że mamy wybór, tylko że nie mamy za co wybierać, proszę Panią. [...] Za nieboskiej komuny nie było tej wegetacji. Powiedzmy sobie była ogólna bieda. Wszyscy żyli bardzo skromnie. Na niskim poziomie. No, ale teraz nastąpiło rozwarstwienie straszne. Jedni żyją bardzo dobrze, są bogaci, a drudzy, coraz to niżej... (otwiera gazetę jeszcze raz) To jest pensja naszych przedstawicieli, to jest pensja naszych przedstawicieli, których myśmy wybrali. Ja takiej gaży nie mam na rok, proszę Panią, pomimo że ja jestem podobno kreuzusem... emerytalnym. No. Bo moja żona, przez trzy lata tyle nie weźmie co pan poseł za jeden miesiąc².

² Rozmowa z M.S., Kraków, 6 grudnia 1999.

Emerytowany pracownik fizyczny w wywiadzie grupowym następującymi słowami wyraził powiązanie jakie, jego zdaniem, istnieje pomiędzy różnicami w zamożności a zdrowiem psychicznym:

Jedni bronią obecną sytuację, Ci którzy na razie mają pracę, którzy nie zdają sobie sprawy, że to, że podnosili rękę i stwierdzili, że zwyciężymy, to teraz ich zwalniamy z huty. Huta przecież walczyła i czołgi stali i tak dalej. Bo byłem w tym okresie i pracowałem. To dzisiaj narzekają na ten ustrój. To znaczy dzisiaj ustroju nie mamy, bo to nie wiadomo co to za ustrój. [...] A na razie te kanapowe partie, to się biją między sobą [...] no i zbierają się, żeby tylko nie pokusić innych, bo chcą sobie ustalić i wypłaty olbrzymie – tu Pan mówił, że po 30-20 000. Mało! W prasie podają 270 000, Pani Dyrektor Banku. No to – można oszaleć?

b) Interpretacja zagrożenia zdrowia i przemian społecznych

Podkreślając rolę stresu jako głównego zagrożenia zdrowotnego w procesie przemian i wiążąc aspekt psychospołeczny z materialnymi i socjopolitycznymi aspektami zmian, respondenci grup fokusowych wskazywali na społeczne znaczenie czynników materialnych jako odpowiedzialnych za pogarszający się stan zdrowotności. Przy pomocy jakich sposobów myślenia (*structures of meaning*, lub – by użyć wyrażenia Raymonda Williamsa (1977) – „struktur uczuć” (*structures of feeling*), pracownicy wiązali własne doświadczenia ze stresem? Negatywnej ocenie terażniejszości przeciwstawiano przeszłość, co ilustrują przytoczone wyżej cytaty. Jednakże wypowiedzane treści i ich silnie emocjonalny charakter sugerują kontekst moralno-poznawczy, swoistą „ekonomię moralności” (*moral economy*) (Phillimore 1997). W jej kategoriach sformułowano takie właśnie porównania i oceny, czerpie ona z doświadczeń okresu socjalizmu. Herzlich (1973: 139) zauważył, że zdrowie i choroba są „sposobem interpretacji społeczeństwa przez jednostkę i rodzajem relacji między jednostką a społeczeństwem”. Zmiana zasad rządzących taką interpretacją jest fundamentalnym aspektem przejścia do nowego porządku społecznego po socjalizmie.

Na przykład ujmowanie społeczeństwa jako bytu pierwotnego i nadrzędnego, co cechowało ideologię socjalizmu, znalazło odbicie w fakcie, że nowohucy respondenci postrzegali zagrożenie zdrowia w kategoriach jednoznacznie socjopolitycznych. Nieakceptowalność rosnących nierówności społecznych wiąże się ze społecznym światopoglądem i egalitarną etyką, według której poziom dochodów powinien mieć związek z pracą. I na odwrót fakt, że tak silnie podkreślano społeczne nierówności, wskazuje na brak ideologii indywidualistycznej, która legitymuje nierówności konstruując je jako wynik wyższości immanentnych cech osobowych, czyniąc tym samym nierówności „zasłużonymi” (por. Della Fave 1986; Lefort 1986). Wysokich dochodów polityków lub właścicieli firm nie uważano za zjawisko „prywatne”, ale za dokonujące się kosztem „społeczeństwa”. Ten sposób rozumowania cechuje analizę związków pomiędzy wyzyskiem dostrzeganym w tworzących się stosunkach społecznych i zagrożeniem zdrowia, czemu dał wyraz emerytowany inżynier, cytowany poniżej. Jego wypowiedzi towarzyszyła aproba ze strony innych uczestników:

Więc jeżeli można mówić o warunkach fizycznych, to trochę to jest na korzyść pracowników, ale nie z tego względu żeby się poprawiły warunki, bo warunki socjalne znacznie się pogorszyły... nie ma żadnej opieki socjalnej... [...] Tylko że produkcja huty z 6 mln ton stali spadła poniżej 2. I dalej będzie spadać. Natomiast warunki psychiczne ludzi się pogorszyły, no to już nie ma porównania... są znacznie gorsze. Bo po pierwsze, że zarabia się mało, ci co pracują. W każdej chwili drżą, że mogą być wyrzuceni, tak jak w tej chwili mówi się o 8 000 ludzi z huty. No mówi się, że będzie jakaś tam opieka czy przeszkolenia, czy kwalifikowania – ale to jest 6 miesięcy – a co dalej? I nie ma żadnego zabezpieczenia na przyszłość. Starzy pracownicy, którzy odeszli z huty tak jak my tutaj, mamy niskie emerytury – to są groszowe. [...] Młodzi nie mają żadnej perspektywy. A to jest psychicznie... bardzo psuje. Bardzo na zdrowie szkodzi, dlatego że jeżeli pracuje, to nie wie, ile zarabia, bo pieniądze biorą prezesi spółek, radni. No ministrów jest kilkunastu, ale radnych po miastach setki... w takiej Warszawie... Po setki radnych. Oni biorą po kilkanaście tysięcy złotych. A za kilkanaście tysięcy tutaj może pracować ok. 20-30 ludzi. To biorą ludzie – nie ministrowie, tylko radni, prezesi, dyrektorzy spółek, wszyscy Ci co dorwali się do władzy. Ci biorą pieniądze. Ściągają tych pieniędzy z ludzi. To jest ubożenie ludzi i bogacenie się na tych najbiedniejszych... Bo jak taki prezes spółki bierze 30 000, a pracownik bierze 500-700 złotych miesięcznie, to jaka jest perspektywa psychiczna? To on się załamuje psychicznie. Jeżeli fizycznie nie jest taki zmęczony, bo nie pracuje... [sytuacja] bym powiedział jest teraz nawet gorsza niż przedtem była, bo przedtem gonili za wydajnością... [to], że go zwolnią, że te 500 złotych tylko dostaje – co tam może za to kupić – no to jest w ogóle, jego ustrój, i za parę lat będzie w ogóle, wariatem, no. Albo się powiesi.

Uwagi końcowe

Niniejsza analiza dotyczy zmian w postrzeganiu i doświadczaniu zagrożenia zdrowia w procesie transformacji w konkretnym polskim środowisku. Wypowiedzi mieszkańców Nowej Huty wskazują, że głównym zagrożeniem zdrowotnym w omawianym okresie jest nieustannie podnoszący się poziom stresu. W relacjach dominują w równym stopniu względy psychospołeczne i materialne, oraz zmiany w stosunkach społecznych, tu zagrożenie zdrowotne postrzegane jest przez socjopolityczny pryzmat. Taki właśnie socjopolityczny charakter interpretacji stoi w jaskrawej sprzeczności z indywidualistycznym podejściem respondentów do wyjaśnienia nierówności zdrowotnych omawianym w pracy Blaxtera (1997), oraz z bardziej materialnym podejściem wyrażonym w badaniach Popaya i zespołu (Popay, Bennett, Thomas, Williams, Gatrell i Bostock 2002). W przypadku obu powyższych opracowań uznano, że sposób sformułowania pytań miał wpływ na wypowiedziane przez respondentów teorie dotyczące zdrowia.

W niniejszym badaniu główne pytanie w wywiadach sformułowano w kategoriach czasowych, gdzie, biorąc pod uwagę wydarzenia historyczne, które miały miejsce, czas jako taki, był określony w kategoriach konkurujących ze sobą porządków społecznych. Czasowy układ odniesienia objął zarówno komunizm, jak i liberalny kapitalizm, i stanowił okoliczność, w której rozważania na temat sposobu powstawania zagrożeń zdrowotnych pociągały ze sobą wzajemne porównanie przeszłości z teraźniejszością. W tym procesie porównawczym, kategorie, struktury i normy, za pomocą których porównania dokonano, również zależały od doświadczeń zarówno współczesnych, jak i od doświadczeń w przeszłości socjalistycznej.

Na rozumieniu pojęć zagrożenia zdrowia i przemian społecznych wśród nowohuckich uczestników badań odbił się skład społeczny grup ogniskowanych. Oznacza to, że interpretacje zależały od społecznej perspektywy, z której je czyniono; jest to szeroko uznawany czynnik w tworzeniu wiedzy (por. Flax 1995; Jodelet 1991; Lupton 2000). To, że respondenci nie należeli do nielicznych „ludzi sukcesu” albo do kosmopolitycznej elity, ma dla badania duże znaczenie. Nowohuckie wypowiedzi nie artykułują poglądów mniejszości, ale raczej poglądy publicznie niedoreprezentowane. Stąd, ocena zagrożenia zdrowia i przemian społecznych, którą przedstawili respondenci z Nowej Huty, odbiega od indywidualistycznego podejścia do zagadnienia redukcji zagrożeń zdrowia, przeważającego w Polsce w oficjalnym ujęciu oraz w medialnych i akademickich prezentacjach problemów zdrowia publicznego (np. Ostrowska 2000). O tyle, o ile wypowiedzi nowohuckich rozmówców ukazują czasy minione w stosunkowo dobrym świetle w porównaniu z teraźniejszością, również o tyle odbiegają one od normatywnego ujęcia procesów przemian demokratycznych, ukazujących przeszłość w byłych krajach komunistycznych jako bezwzględnie negatywny okres, który trzeba zostawić za sobą. To normatywne ujęcie nie wszędzie przyjmowane jest bezkrytycznie (Burawoy i Verdery 1998; Kennedy 2002; Watson 2000).

Jako konkretny przykład szerokiego procesu przemian społecznych, obejmującego ludzi nie należących do nowej elity, nowohuckie wypowiedzi dotyczące zagrożenia zdrowia i oceny przeszłości pod kątem teraźniejszości, znajdują potwierdzenie w danych z krajowych sondaży opinii publicznej. Badanie opinii publicznej przeprowadzone w 2003 r. przez Centrum Badania Opinii Społecznej, wykazało, że jedynie 30% respondentów uważa, iż przeszłość w Polsce zasługuje na ocenę negatywną. Z drugiej strony, 81% było zdania, że powinny istnieć gwarantowane przez państwo świadczenia socjalne, a 68% badanych chciało ograniczenia najwyższych płac³. Co więcej, wyniki z Polskiego Sondażu Społecznego 2002 pokazały, że powszechnie odczuwanym uczuciem związanym z pracą w Polsce jest już strach. Ponad 40% zatrudnionych oświadczyło, że odczuwają strach w związku ze swoją pracą (Hryniewicz 2003).

„To, co zmienia się wraz ze zmianą sposobu i stosunków produkcji, to doświadczenie mężczyzn i kobiet” (E. P. Thompson, cytowany [w:] Comaroff 1982: 63, podkreśl. org.). Proces przemian krajów socjalizmu w demokracje kapitalistyczne wiąże się z przekształceniami społecznymi niemającymi precedensu w historii. Strategia ekonomicznej transformacji w Polsce była odbiciem neoliberalnej *Washington Consensus*, czyli wynikiem globalnych stosunków władzy (Stiglitz 1999; Kołodko 2000). Konsensus ten opierał się na założeniu własności prywatnej. Prawie totalna zamiana państwowej własności w prywatną, ułatwiona przez przywrócenie praw indywidualnych i przez liberalizację przepisów prawnych, oznacza przekształcenie stosunków społecznych – z ładu opartego na ideologii egalitarnej i społecznej w ładu oparty na ideologii indywidualistycznej, w którym tworzą się relacje klasowe i skrajne różnice dochodu. Warto zaznaczyć, że ideologia indywidualistyczna opie-

³ Badanie przeprowadzone 1-4 marca 2003 r. na reprezentatywnej próbie 975 dorosłych Polaków.

ra się na pojęciu jednostki autonomicznej, pojęciu które, jak to ujął socjolog Norbert Elias, jest „sztucznym produktem charakterystycznym dla pewnego etapu rozwoju ludzkiej samo-percepcji. [...] Tak jak kiedyś geocentryczny obraz fizycznego wszechświata, [ten] egocentryczny obraz społecznego wszechświata na pewno da się zastępować obrazem ... bardziej realistycznym” (Elias 2000: 481).

Wypowiedzi badanych z Nowej Huty pokazują, do jakiego stopnia przemiana ładu społecznego, wraz z taką transformacją ideologiczną, jest związana ze stresem. Doświadczenia stresu nie można zrozumieć bez rozważania społecznie subiektywnych znaczeń i ocen, z których doświadczenie to się rodzi, lub na odwrót, bez analizy konkretnych kontekstów społecznych, w których te znaczenia i oceny się wytworzyły. Interpretacje zmian w poważnym stopniu zależą również od względnej pozycji społecznej w dawnym porządku i w nowym. Zamiast wskazywać na normalizację i zaufanie do postępującego procesu reformy, tak jak sugeruje normatywny dyskurs na temat transformacji, nowohucy respondenci mówią o szaleństwie, o społeczeństwie pogrążonym w chaosie – wskazuje to na złożoność związku między demokratyzacją a zdrowiem.

Bibliografia

- Baum A., Garofalo J. P., Yali A. M., *Socioeconomic Status and Chronic Stress. Does Stress Account for SES effects on Health?* „Annals of the New York Academy Science” 1999, nr 896, s. 131-144.
- Berger P. L., Luckmann T., *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*, Penguin, Harmondsworth 1967, 1984.
- Bitter C., *Żywnienie zbiorowe w nowych ośrodkach przemysłowych*, Wydawnictwo Przemysłu Lekkiego i Spożywczego, Warszawa 1967.
- Blaxter M., *Whose Fault is it? People's Own Conceptions of the Reasons for Health Inequalities*, „Social Science and Medicine” 1997, nr 44 (6), s. 747-756.
- Brunner E., Marmot M., *Social Organization, Stress, and Health*, [w:] Marmot M., Wilkinson R. (red.), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, New York 1999.
- Burawoy M., Verdery K. (red.), *Uncertain Transition: Ethnographies of Change in the Postsocialist World*, Lanham, Md., Rowman and Littlefield 1999.
- Cockerham W. C., *Health and Social Change in Russia and Eastern Europe*, London, Routledge 1999.
- Comaroff J., *Medicine: Symbol and Ideology*, [w:] Wright P., Treacher A. (red.) *The Problem of Medical Knowledge*, Edinburgh University Press, Edinburgh 1982, s. 49-68.
- Della Fave R., *Toward an Explication of the Legitimation Process*, „Social Forces” 1986, nr 65 (1-2), s. 476-500.

- Dohrenwend B. P., *The Role of Adversity and Stress in Psychopathology: Some Evidence and its Implications for Theory and Research*, „Journal of Health and Social Behavior” 2000, nr 41, s. 1-19.
- Elias N. *The Civilising Process*, Blackwell Publishers, Oxford 2000.
- Field M. G., *Soviet Socialized Medicine: An Introduction*, The Free Press, New York 1967.
- Flax J., *Race/Gender and the Ethics of Difference – A Reply*, „Political Theory” 1995, nr 2 (3), s. 500-510.
- Gargas H., *Informacja nt. „Sytuacja na rynku pracy w Nowej Hucie na tle sytuacji w Krakowie” wg stanu na dzień 31.12.2002 r.*, Grodzki Urząd Pracy w Krakowie, Kraków 2003.
- Gumińska M., Delorme A. (red.), *Kłęska ekologiczna Krakowa*, Polski Klub Ekologiczny, Kraków 1990.
- Herzlich C., *Health and Illness: A Social Psychological Model*, Academic Press, London 1973.
- Hryniewicz J., *Praca i strach*, „Nowa Res Publica” 2003, nr 16 (178), s. 32-39.
- Huta im. Lenina 1950-1970, Wydawnictwo Artystyczno-Graficzne, Kraków 1970.
- Instytut Psychiatrii i Neurologii, *Rocznik Statystyczny (1980-1998)*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1980-1998.
- Jodelet D., *Madness and Social Representations*, Harvester Wheatsheaf, Hemel Hempstead 1991.
- Kawachi I., Subramanian S. V., Almeida-Filho N., *A Glossary for Health Inequalities*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 2002, nr 56, s. 647-652.
- Keat P., *Penalizing the Reformer: Polish Steel and European Integration*, „Communist and Postcommunist Studies” 2000, nr 33 (2), s. 201-221.
- Kennedy M. D., *Cultural Formations of Post-Communism: Emancipation, Transition, Nation, War*, University of Minnesota Press, Minneapolis-London 2002.
- Kopp M. S., Skrabski A., Szedmak S., *Psychosocial Risk Factors, Inequality and Self-Rated Morbidity in a Changing Society*, „Social Science and Medicine” 2000, nr 51, s. 1351-1361.
- Kołodko G., *From Shock to Therapy*, Oxford University Press, Oxford 2000.
- Kotkin S., *Magnetic Mountain: Stalinism as Civilization*, University of California Press, Berkeley 1995.
- Krasucki P., *Rola i zadania lekarza przemysłowego*, Instytut Wydawniczy CRZZ, Warszawa 1974.
- Lefort C., *The Political Forms of Modern Society: Bureaucracy, Democracy, Capitalism*, Polity Press, Cambridge 1986.
- Leon D. A., Shkolnikov V. M., *Social Stress and the Russian Mortality Crisis*, „Journal of the American Medical Association” 1998, nr 279 (10), s. 790-791.
- Lupton D., *The Social Construction of Medicine and the Body*, [w:] Albrecht G. L., Fitzpatrick R., Scrimshaw S. C. (red.), *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, Sage, London 2000, s. 50-63.

- Lorek A., *Geneza, powstanie i rozwój realizmu socjalistycznego w architekturze i urbanistyce na tle przemian społeczno-politycznych w Europie w latach 1917-1955*, praca doktorska, Politechnika Krakowska, Kraków 1992.
- Mazanek E., *Bezpieczeństwo pracy w przemyśle hutniczym*, Państwowe Wydawnictwo Szkolnictwa Zawodowego, Warszawa 1956.
- McEwan B. S., *Stress, Adaption, and Disease: Allostasis and Allostatic Load*, „Annals of the New York Academy Sciences” 1998, nr 840, s. 33-44.
- Merkel B., Karkkainen K., *Public Health Aspects of Accession*, „Eurohealth” 2002, nr 8 (4), s. 3-4.
- Nieroda J., *Rozwój miast w ZSSR*, „Miasto” 1952, nr 1 (15), s. 5-7.
- Ostrowska A., *Styl życia a zdrowie – bilans dekady*, [w:] Domański H., Ostrowska A., Rychard A. (red.), *Jak żyją Polacy?*, IFiS PAN, Warszawa 2000, s. 101-120.
- Phillimore P., *How do places Shape Health? Rethinking Locality and Lifestyle in North-East England*, [w:] Platt S., Thomas H., Scott S., Williams G. (red.), *Locating Health: Sociological and Historical Explorations*, Aldershot, Avebury 1993, s. 166-177.
- Popay J., Bennett S., Thomas C., Williams G., Gatrell A., Bostock L., *Beyond 'beer, fags, egg and chips'? Exploring Lay Understandings of Social Inequalities in Health*, „Sociology of Health and Illness” 2003, nr 25 (1), s. 1-23.
- Poznanski K., *Poland's Protracted Transition*, Cambridge University Press, Cambridge 1996.
- [Praca zbiorowa], *Huta im. Tadeusza Sendzimira S.A*, Trans-Krak, Kraków 1999.
- Scott H. K., *Reconceptualizing the nature and health consequences of work-related insecurity for the new economy: The decline of workers' power in the flexibility regime*, „International Journal of Health Services” 2004, nr 34, s. 143-153.
- Seigrist J., Marmot M., *Health Inequalities and the Psychosocial Environment – Two Scientific Challenges*, „Social Science and Medicine” 2004, nr 58, s. 1463-1473.
- Shapiro J., *The Russian Mortality Crisis and its Causes*, [w:] Åslund A. (red.), *Russian Economic Reform at Risk*, Pinter, London 1995.
- Smoleński P., *A na hucie strajk*, Aneks, London 1989.
- Stiglitz J. E., *More Instruments and Broader Goals: Moving Toward the Post-Washington Consensus?*, UNU World Institute for Development Economics Research, Helsinki 1999.
- Styś J., Boroń M., *Zagadnienia – wyrównanie niedoborów płynowych u pracowników zatrudnionych przy remontach pieców hutniczych*, „Ochrona Zdrowia Hutników” 1967, nr 36, s. 22-23.
- Tarach M., *Ogólne zasady bezpieczeństwa i higieny pracy w hutnictwie*, Wydawnictwo Górniczo-Hutnicze, Stalinogród (Katowice) 1956.
- UNICEF, *Social Monitor 2003*, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence 2003.

- Urząd Miasta Krakowa, Wydział Zdrowia, *Raport o zdrowiu mieszkańców Krakowa 1998*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1998.
- Urząd Statystyczny w Krakowie, *Podstawowe informacje ze spisów powszechnych 2002*, Kraków 2002.
- Watson P., *Explaining Rising Mortality Among Men in Eastern Europe*, „Social Science and Medicine” 1995, nr 41 (7), s. 923-934.
- Watson P. *Health Difference in Eastern Europe: Preliminary Findings from the Nowa Huta Study*, „Social Science and Medicine” 1998, nr 46 (4-5), s. 549-558.
- Watson P., *Re-thinking Transition: Globalism, Gender and Class*, „International Feminist Journal of Politics” 2000, nr 2 (2), s. 185-213.
- Watson P., *Nowa Huta: the Politics of Post-Communism and the Past*, [w:] Edmunds J., Turner B. S. (red.), *Generational Consciousness, Narrative, and Politics*, Lanham, Md., Rowman and Littlefield 2002, s. 165-177.
- „Wiadomości HTS. Biuletyn Informacyjny”, *Dogoniliśmy plan. Jest nas w Hucie osiem i pół tysiąca*, Kraków 2003.
- Williams R., *Marxism and Literature*, Oxford University Press, Oxford 1977.
- Wittgenstein L., *Philosophical Investigations*, Macmillan, New York 1953.
- Żabicki J., *Przemysłowa służba zdrowia w Nowej Hucie*, „Biuletyn Informacyjny Kombinat Metalurgiczny Huta im. Lenina” 1988, nr 26 (3), s. 2-8.
- Żołkowski W., *Bezpieczeństwo i higiena pracy w hutnictwie i odlewnictwie żelaza* (skrypt), Politechnika Częstochowska, Częstochowa 1960.